



宫颈病变阴道镜下宫颈活检和宫颈环形电切术后病理检查的临床诊断研究

袁 娟

(湖南省湘潭市中心医院 湖南湘潭 411100)

摘要·目的：剖析阴道镜下宫颈活检与宫颈环形电切术后病理检查在诊断宫颈病变中的应用价值。**方法：**选择本科2016年1月至2017年10月接诊的宫颈病变患者140例，对所有患者都进行阴道镜下宫颈活检与宫颈环形电切术后病理检查。综合分析本组患者两种检查的结果，并对其诊断符合率作出比较。**结果：**联合诊断组的诊断符合率为100.0%，明显比宫颈活检组的82.86%与术后病理检查组的80.0%高，组间差异显著($P < 0.05$)。**结论：**在诊断宫颈病变中，阴道镜下宫颈活检与宫颈环形电切术后病理检查都具有比较高的应用价值，但仅对患者施以阴道镜下宫颈活检时可降低微小浸润癌的诊断率，所以需将上述两种检查手段进行合理的联用。如此，方可显著提高宫颈病变患者病情诊断的准确性。

关键词：宫颈活检；电切术；宫颈病变；诊断价值；

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187(2018)03-183-01

女性生殖道恶性肿瘤病变类疾病中，宫颈癌具有高发率[1]，可对女性的生命健康造成较大威胁。对此，我们需要加强对宫颈癌进行防治的力度。但有报道称，早期筛查和诊断宫颈病变是宫颈癌防治的重中之重[2]。现阶段，我们可采取阴道镜下宫颈组织活检法对宫颈病变患者进行诊断，但其漏诊率与误诊率均较高，可耽误患者病情治疗的最佳时机。对此，本文将重点分析阴道镜下宫颈活检与宫颈环形电切术后病理检查在诊断宫颈病变中的应用价值，总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本科在2016年1月至2017年10月期间接诊的宫颈病变患者140例，所有患者宫颈细胞学检查的结果均提示异常，处于非妊娠期，并且有生育史，宫颈组织活检和阴道镜检查均提示有微小浸润癌、慢性宫颈炎、CIN II-III与湿疣等异常表现。患者年龄为20-68岁，平均(37.1±4.2)岁，且在检查前均签署知情同意书。

1.2 排除标准[3]

(1)生殖道感染者。(2)妊娠期妇女。(3)临床资料不全者。(4)未获得知情同意者。(5)不能积极配合完成此次研究者。(6)已接受治疗且能影响观测指标者。

1.3 方法

140例入选患者都进行阴道镜下宫颈活检以及宫颈环形电切术后病理检查，详细如下：

(1)阴道镜下宫颈活检。检查前3d，嘱咐患者禁止过夫妻生活，对于局部用药患者要求暂停用药。经期结束后第3-7d对患者施以宫颈活检。选择VIZ-YDS型的电子阴道镜，对患者的可疑病灶施以单点亦或者是多点组织活检。针对无典型可疑病变患者，需分别在移行带

3、6、9以及12点取材，并利用4.0%甲醛溶液对标本进行固定，然后再送检。

(2)宫颈环形电切术后病理检查。经期结束后第3-7d，对患者施以宫颈环形电切术。协助取膀胱截石位，待常规消毒铺巾后，充分显露患者的宫颈组织。取利多卡因，5ml，并经稀释后，于患者的宫旁做局部浸润麻醉。选择UM150A LEEP型的环形电刀，同时视患者的实际情况选择尺寸适宜的刀头。切除病灶前，设置电切功率40-50W、电凝功率15-25W。对于CIN I型者，切割不着色区外1mm，控制切割深度>10mm。对于CIN II-III型者，切割不着色区外3mm，控制切割深度为15-30mm。若病灶体积比较小，需做一次性切除处理。若病灶体积较大，需分步切除。利用无菌纱布对创面进行卷曲压迫，待保持24h后便可去除。取10%甲醛溶液适量对已经标记好的切除组织标本进行固定，然后再送检。

1.3 评价指标

综合分析并比较本组阴道镜下宫颈活检以及宫颈环形电切术后病理检查的结果。

1.4 统计学分析

数据以统计学软件SPSS 20.0分析，以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料，经t检验；以[n(%)]表示计数资料，经 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

据表1中的检查结果显示，宫颈活检组的诊断符合率为82.86%，和术后病理检查组的80.0%比较无显著差异， $P > 0.05$ 。联合诊断组的诊断符合率为100.0%，明显比宫颈活检组的82.86%以及术后病理检查组的80.0%高，组间差异显著($P < 0.05$)。

表1 各组检查结果的对比分析表

组别	最终诊断					总计	符合率/%
	湿疣	CIN II-III	慢性宫颈炎	CIN I	微小浸润癌		
宫颈活检组	34	37	15	30	0	116	82.86
术后病理检查组	25	36	15	36	0	112	80.0
联合诊断组	39	44	15	40	2	140	100.0

3 讨论

现阶段，临床医师在对宫颈病变患者进行诊断之时，常常采取的是阴道镜下宫颈活检法。研究发现，此法不仅能重点观察宫颈癌前病变的好发部位，同时还能观察宫颈柱状上皮和鳞状上皮交界部位的变化区，于阴道镜下可显示出异常图像，以进一步提高活检的针对性[4]，故，此法对早期宫颈癌和CIN病变都具有比较高的诊断准确性。但有研究发现，单纯对患者施以阴道镜下宫颈活检，可增加微小浸润癌的误诊与漏诊风险。对此，我们需将阴道镜下宫颈活检与宫颈环形电切术后病理检查法联合用于宫颈病变患者的诊断工作当中。相关资料显示，宫颈癌病变和CIN病变都好发于宫颈移行带区，利用宫颈环形电切术对患者的宫颈移行带组织进行有效的切除，并将切除组织进行病理检查，可显著减少微小浸润癌漏诊与误诊的概率。也就是说，若患者阴道镜下宫颈活检的结果提示CIN II-III，需对其施以宫颈环形电切术后病理检查，以明确诊断。此研究结果表明，联合诊断组的诊断符合率均明显比宫颈活检组以及术后病理检查组高，组间差异显

著($P < 0.05$)。

总之，联合应用阴道镜下宫颈活检法与宫颈环形电切术后病理检查法对宫颈病变患者进行检查，可显著提升其病情诊断的准确性，值得临床借鉴。

参考文献：

- [1]柴晓君.阴道镜下宫颈活检和宫颈环形电切术后病理检查对宫颈病变的诊断价值[J].临床研究,2016,24(4):122-123.
- [2]黄定坤,宋林勇,陈涛等.阴道镜下宫颈活检和宫颈环形电切术后病理检查对诊断宫颈病变的应用价值[J].中国性科学,2016,25(7):48-50.
- [3]王凤梅.阴道镜下宫颈活检和宫颈环形电切术后病理检查对诊断宫颈病变的应用价值[J].中外女性健康研究,2017,(1):48-48,52.
- [4]李丽玲,黄建莲.阴道镜下宫颈活检及宫颈环形电切术后的病理检查在诊断宫颈病变中的效果对比[J].中国医药科学,2017,7(4):125-128.